

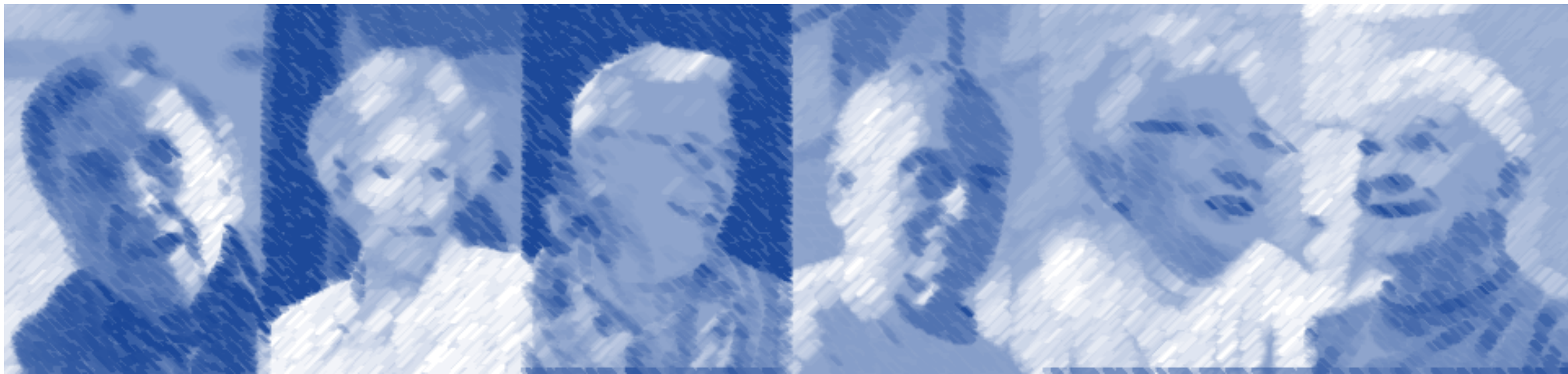
Die Beratung von pflegenden Angehörigen

Dr. Klaus Pfeiffer

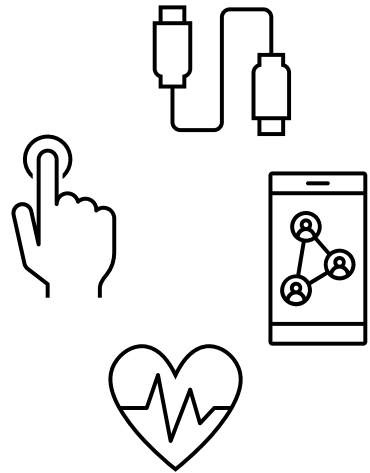
Netzwerktagung Nationale Demenzstrategie

Fachforum 1: Zuhause - die vertraute Umgebung nutzen

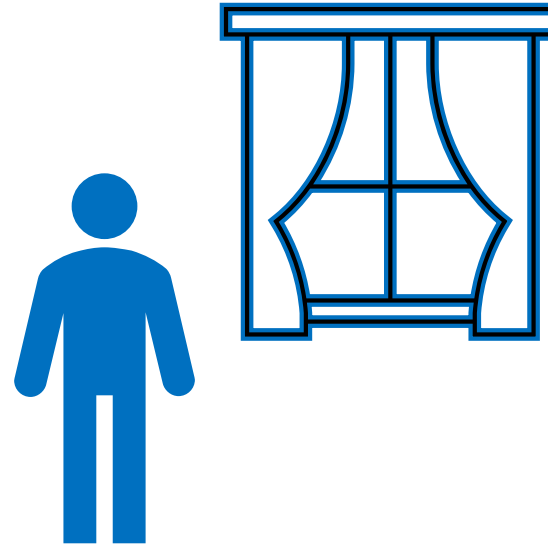
Berlin, 20.09.2022



Leben zuhause

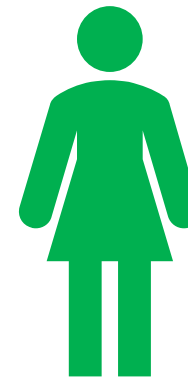


Digitale Assistenzsysteme

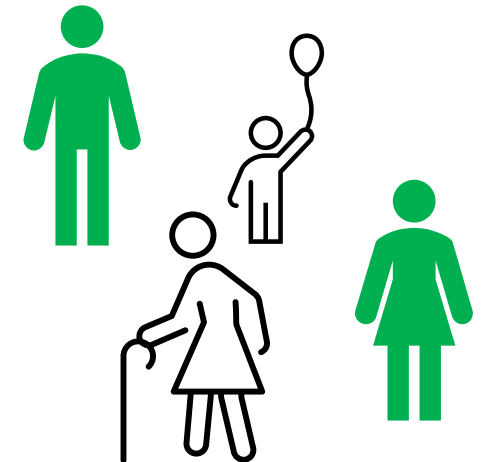


Person mit Demenz

Pflegende Zugehörige



(Ehe-) PartnerIn



Freunde und Familie

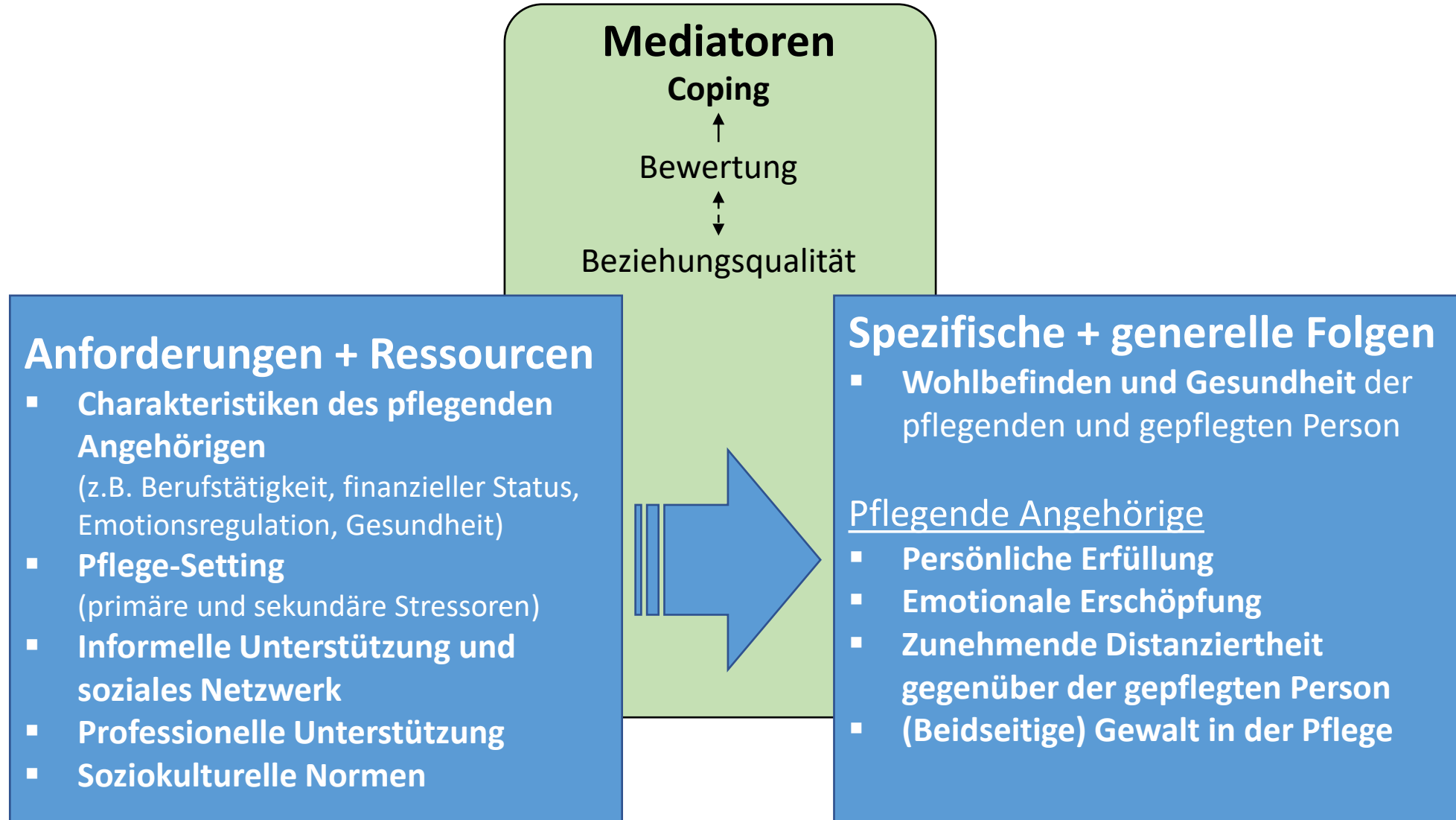


Quartier und Sozialraum

01

Pflegende Angehörige

Stress- und Belastungsfaktoren



Anforderungen + Ressourcen

- **Charakteristiken des pflegenden Angehörigen**
(z.B. Berufstätigkeit, finanzieller Status, Emotionsregulation, Gesundheit)
- **Pflege-Setting**
(primäre und sekundäre Stressoren)
- **Informelle Unterstützung und soziales Netzwerk**
- **Professionelle Unterstützung**
- **Soziokulturelle Normen**

Mediatoren
Coping
↑
Bewertung
↕
Beziehungsqualität

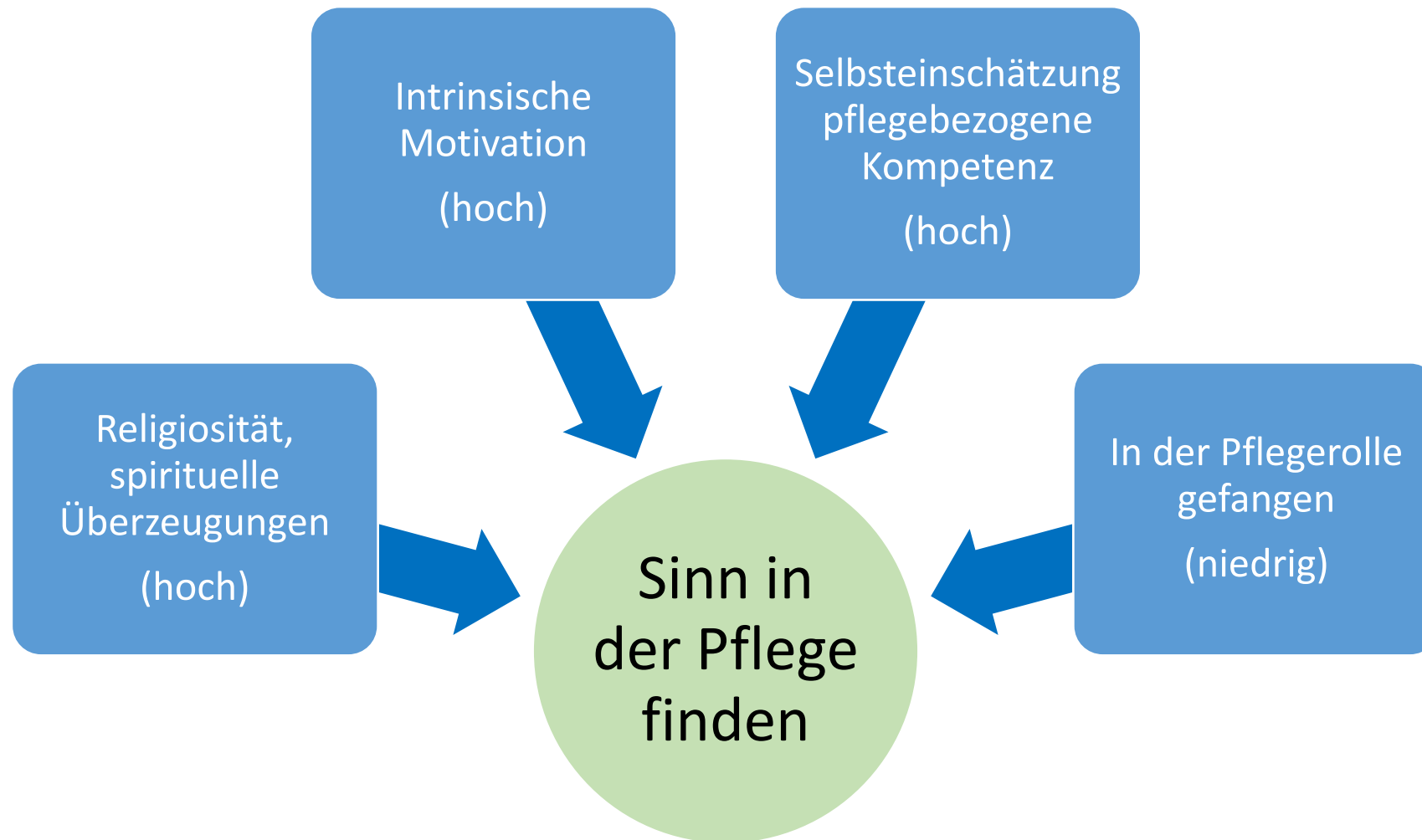
Spezifische + generelle Folgen

- **Wohlbefinden und Gesundheit** der pflegenden und gepflegten Person

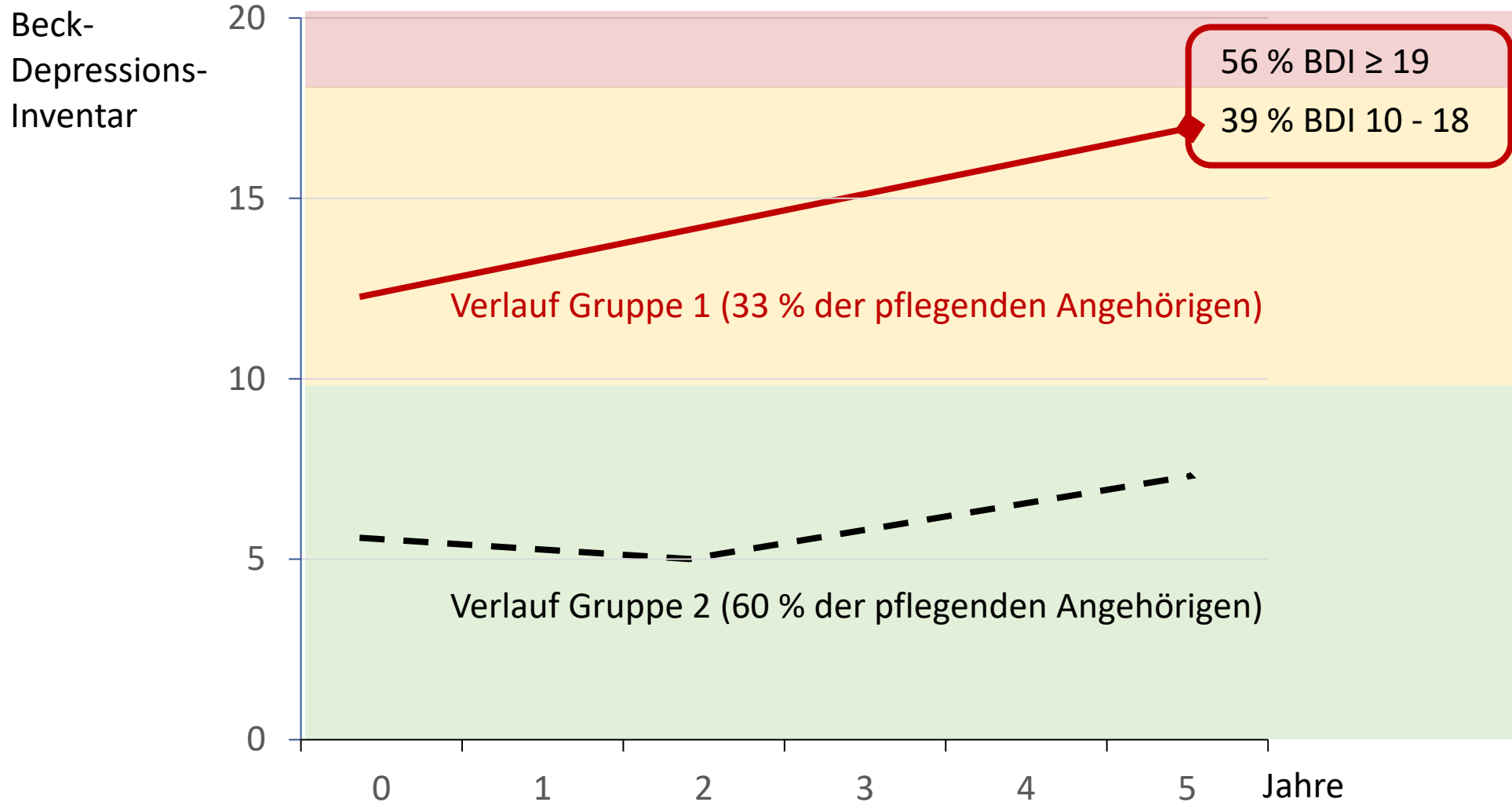
Pflegende Angehörige

- **Persönliche Erfüllung**
- **Emotionale Erschöpfung**
- **Zunehmende Distanziertheit gegenüber der gepflegten Person**
- **(Beidseitige) Gewalt in der Pflege**

Positive Aspekte der Pflege (signifikante Prädiktoren)



Depressionsverläufe pflegender Angehöriger



Ca. 5 Mo
nach Alzheimer Diagnose

(Välämäki et al. Clin Gerontologist 2022; N = 226, FI)

02

Interventionen für pflegende Angehörige (Forschungsstand)

Evidenz (Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz)

Knapp 300 kontrollierte Studien (Gitlin & Hodgson 2015, Walter & Pinquart 2020)

Interventionstypen:

- (Psycho-) Edukation
- Beratung und Case Management
- Psychotherapie
- Selbstfürsorge und Entspannung
- Allgemeine Unterstützung (z.B. professionell moderierte Gruppen, Selbsthilfegruppen)
- Training für Person mit Demenz
- Kombination verschiedener Komponenten

→ Signifikante Effekte: klein bis moderat (z.B. Kompetenzen, Depression, Wohlbefinden)

→ Institutionalisierung: Kein mittlerer Effekt

→ Risiko: kein bis gering, hohe Akzeptanz, gute Durchführbarkeit

Evidenz (Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz)

Zentrale Komponenten effektiver Interventionen (Gitlin & Hodgson 2015):

- **aktive Einbeziehung der Pflegenden** in den Interventionsprozess
- **angepasst an die vom Pflegenden identifizierten Bedürfnisse**
- **unterschiedliche Belastungs-/Bedürfnisbereiche adressieren**
- **längerfristig** (Nachhaltigkeit, Berücksichtigung von Krankheitsverläufen der Pflegebedürftigen)
- **variabel** im Hinblick auf Dosierung, Intensität und Fokus (Risiko- und Bedürfnisprofil)

03

Weiterentwicklung von Beratungsmethodik am Beispiel der BerTA Studie (2017 – 2022)

(Konsortium: Robert-Bosch-Krankenhaus, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Universität Ulm, Universität Hohenheim, Hochschule Esslingen, AOK Die Gesundheitskasse Bayern, AOK Baden-Württemberg)

Hintergrund

Robert-Bosch-Krankenhaus (Dr. Pfeiffer)
 Universität Tübingen (Prof. Hautzinger)
 Förderung GKV-Spitzenverband

Universität Jena (Prof. Wilz)
 Förderung BMG

Efficacy Studien

TIPS Studie (2006-2010)
 Problemlösen für Pflegende von Schlaganfallbetroffene
[Klinische Psychologen Studienteam]

Tele.TAnDem (2008-2011)
 Psychotherapeutische Beratung für Pflegende von demenz. Erkrankten
[Psychotherapeut/innen Studienteam]

Effectiveness Studien

PLiP Studie (2013-2016)
 Problemlösen für pflegende Angehörige
[Pflegeberater/innen - §7a SGB XI]

Tele.TAnDem Transfer (2012-2015)
 Psychotherapeutische Beratung für Pflegende von demenz. Erkrankten
[approbierte Psychotherapeut/innen]

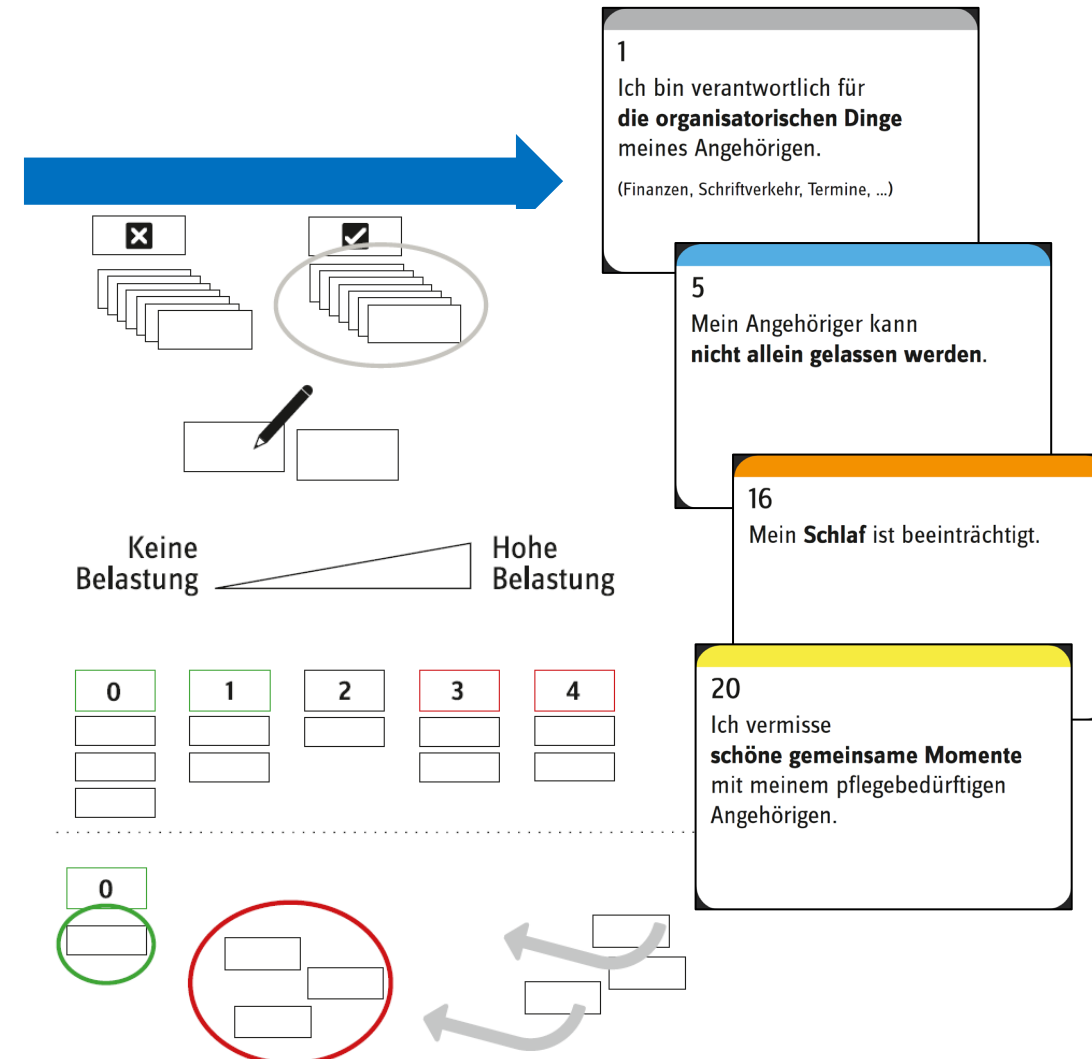
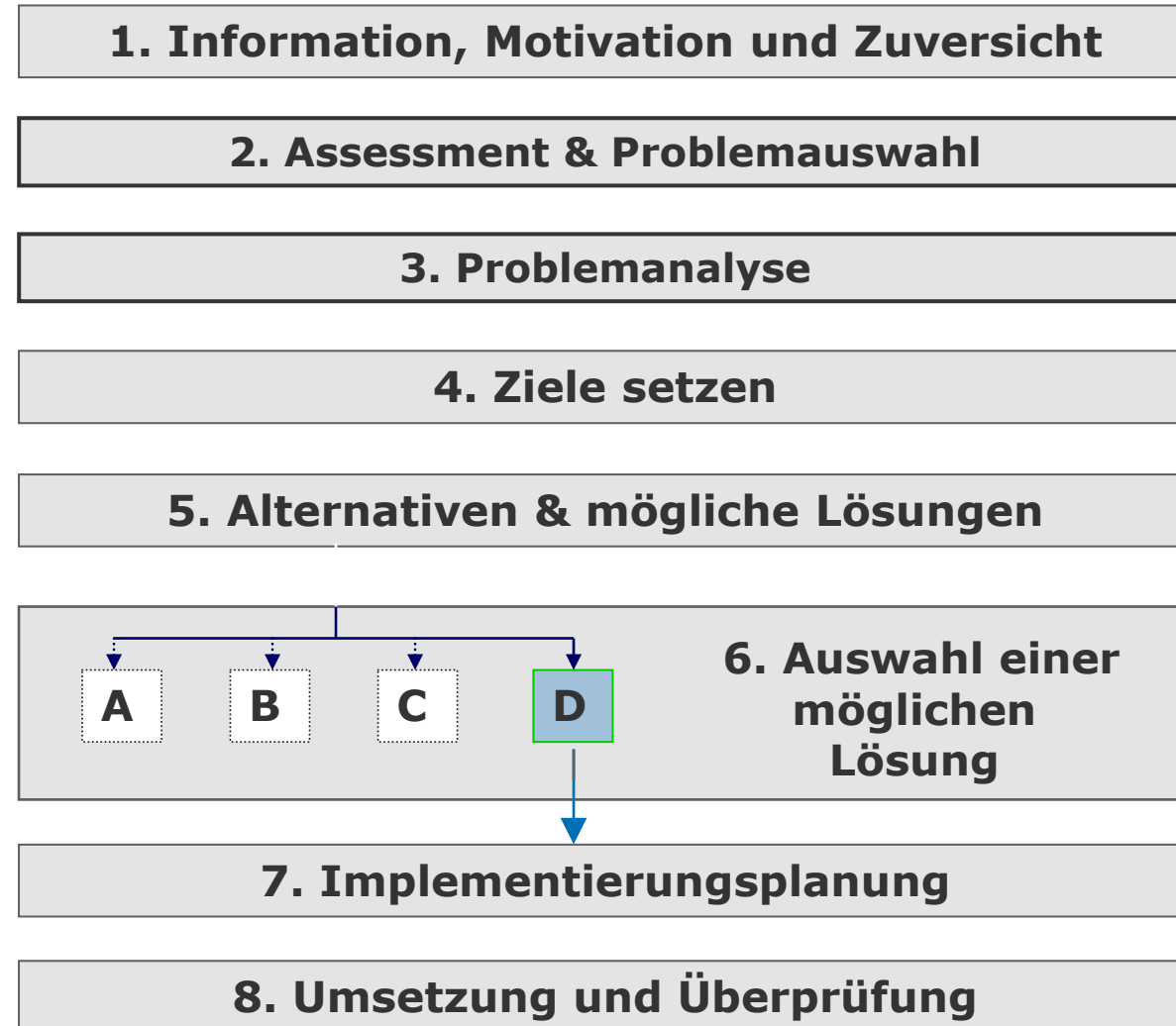


BerTA (engl. ReDiCare) Studie (2017-2022)
 Kombination beider Ansätze (Förderung BMBF)/RCT

GEFÖRDERT VOM



Intervention I (Pflegeberatung §7a SGB XI)



Optionale Intervention II (psychotherapeut. Beratung)

Therapiemodule

Psychoedukation zum besseren Verständnis der Erkrankung des Pflegebedürftigen

Veränderung belastender Gedanken (meist Pflicht-, Schuld-, Schamgefühle)

Stressmanagement und Emotionsregulation

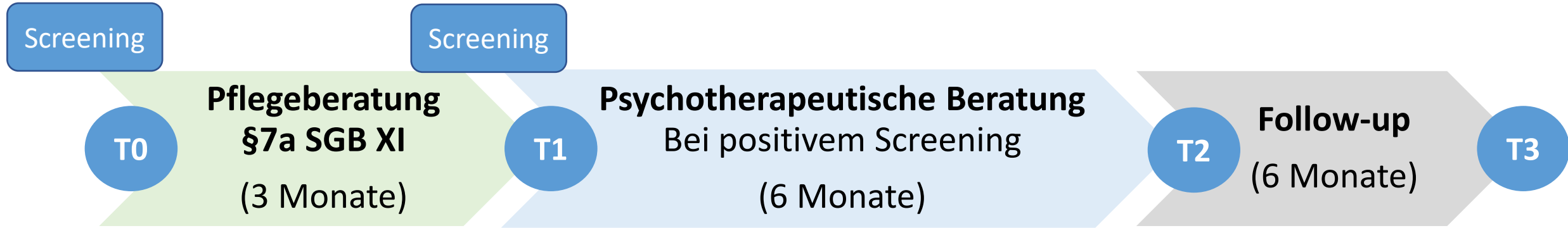
Inanspruchnahme von Unterstützung fördern

Selbstfürsorge und Aufbau positiver Aktivitäten

Problemanalyse und Problemlösetraining

Zulassen und Akzeptieren von Trauer- und Verlusterleben

Intervention und Coaching/Supervision



PflegeberaterInnen:
1 initialer Kontakt mit Assessment
AOK Bayern: persönlich
AOK BaWü: telefonisch
+ ≥ 2 telefonische Folgekontakte

Coaching
1x pro Monat (telefonisch)

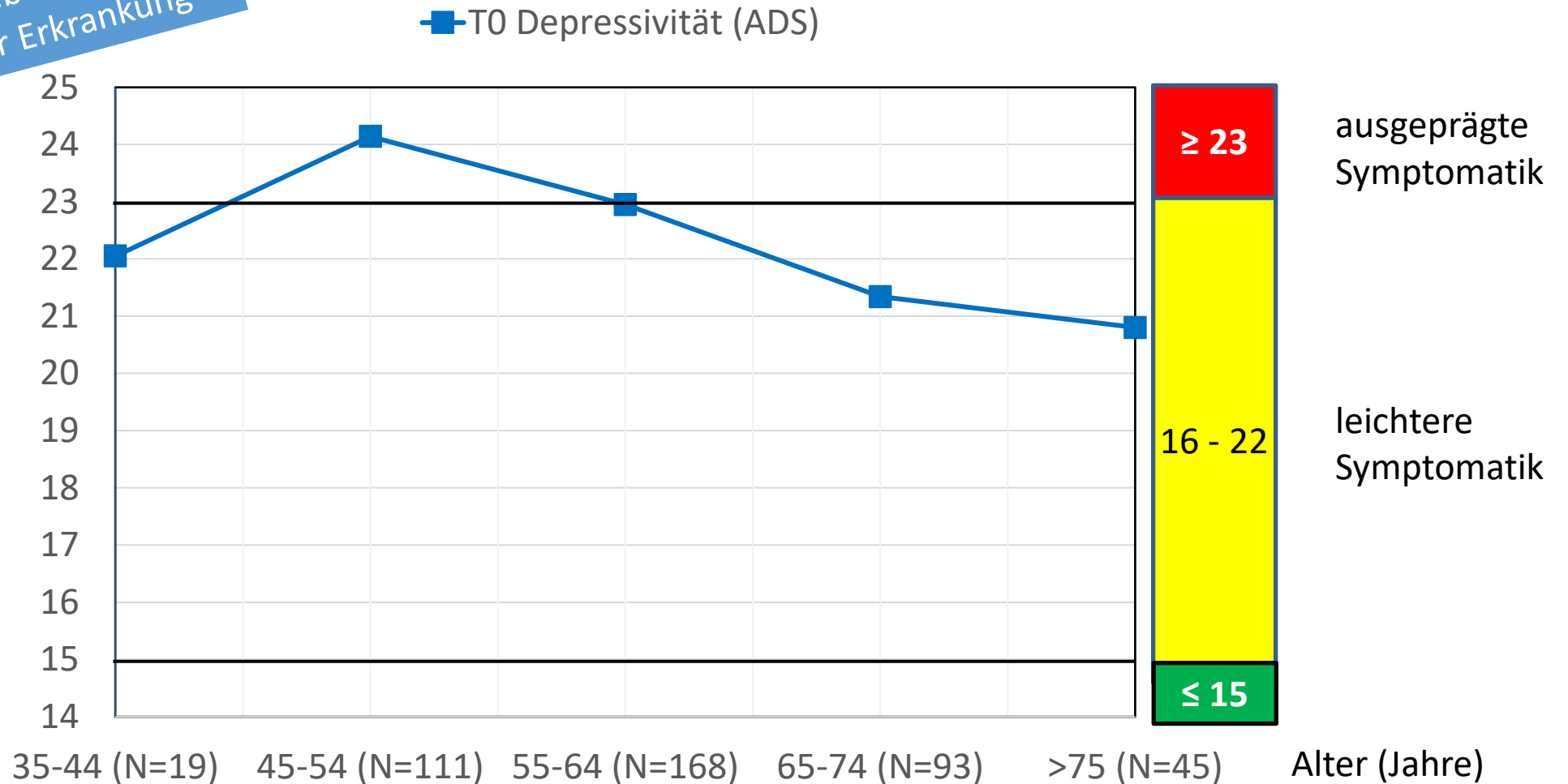
PsychotherapeutInnen (Verhaltenstherapie):
12 telefonische Kontakte

Supervision 4-6 x pro Jahr (Gruppe/telefonisch)



Pflegende Angehörige (T0, N = 438)

> 50 % der Pflegebedürftigen mit demenzieller Erkrankung

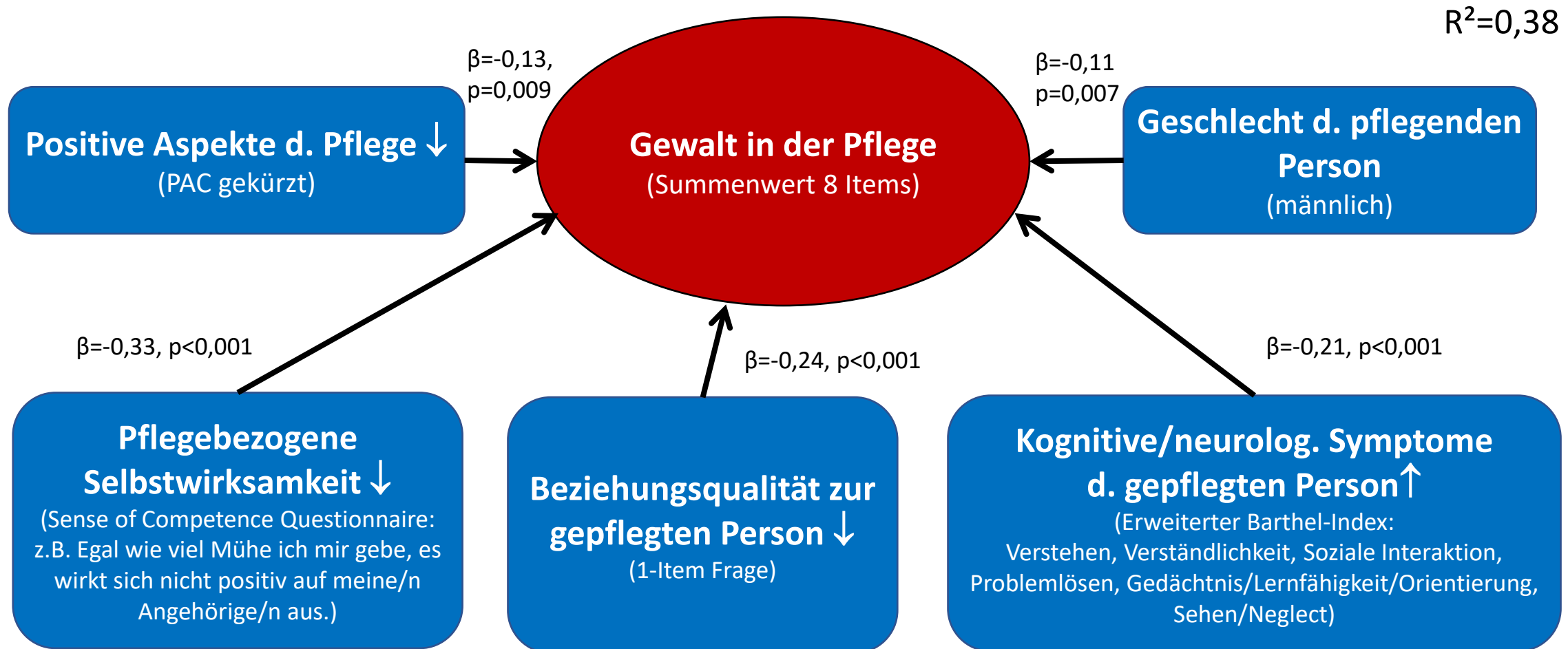


Altersgruppe 18-34 Jahre (N = 2) wurde in der Darstellung nicht berücksichtigt

Gewalt in der Pflege (T0)

| Häufigkeit in den letzten vier Wochen N = 445 (Selbstauskunft Angehörige) | Öfters - sehr oft (≥ 1x/Woche – tägl.) | Nie (letzten 4 Wochen) |
|--|---|---------------------------|
| Lauter werden | 24 % | 17 % |
| Geduldsfaden gerissen | 19 % | 23 % |
| Schimpfen oder scharf zurechtweisen | 13 % | 31 % |
| Beherrschung verloren | 5 % | 61 % |
| Drohen | 5 % | 69 % |
| Einschränkung der Bewegungsfreiheit | 2 % | 92 % |
| Grob behandelt | 2 % | 89 % |
| Geschüttelt oder gehauen | 1 % | 95 % |

Zusammenhänge T0 (n = 413)



$p > 0,05$: Alter, Depressivität (ADS), subjektive Körperbeschwerden (GKB-24), Alter, Pflegebelastung (SCQ), ADL Einschränkungen (Barthel-Index).

04

Der komplexe Weg zur Implementierung
am Beispiel der BerTA Intervention 1 (PLiP)

Translation u. Implementierung (Bsp. PiP)

Intervention

- Kosten und Wirksamkeit **Ja**
- Komplexität, Flexibilität **Angepasst**
- Kompatibilität zur bisherigen Routine **Ja**
- Überprüfbarkeit der Wirksamkeit **Ja**
- Anwendbarkeit in kleinen Umfängen mit beschränktem Risiko **Ja**

Rahmenbedingungen

- Gesetzgebung, Leitlinien **Pflegeberatung §7a SGB XI, Pflegeberatungs-Richtlinien**
- Vergütung **Möglich**
- Vorhandene Versorgungsstrukturen / Leistungserbringer **Vorhanden**

Ratsuchende

- Demographische Faktoren, Bildung **unklar**
- soziokulturelle Normen **unklar, nur Durchführbarkeit eines türkischen Karten-Assessments gezeigt**

Unternehmen/Organisation

- Innovationsklima **unterschiedlich**
- Übereinstimmung mit Organisations-/Unternehmenszielen **unterschiedlich**
- (personelle) Ressourcen, Budget **untersch.**

BeraterInnen

- Qualifikation, Kompetenzen, Vorerfahrungen **unterschiedlich, Änderung individueller Beratungsroutinen oft schwierig, durch die Methode haben sich die Beratungszeiten der verschiedenen Grundberufe angeglichen**
- Einstellung gegenüber evidenzbasierter Methode **unterschiedlich**
- Ressourcen, Unterstützung **unterschiedlich**

Translation u. Implementierung (Bsp. PLiP)

- PLiP Methode wird in den „**Pflegeberatungs-Richtlinien**“ beispielhaft bei der Berücksichtigung der „Situation der Angehörigen oder weiterer Personen“ genannt
- **PLiP Materialien** wurden im BerTA/ReDiCare Projekt weiterentwickelt und vom GKV-Spitzenverband publiziert (2019)
- Bislang ca. **200 PflegeberaterInnen** von Pflegekassen und Pflegestützpunkten deutschlandweit außerhalb der Projekte in der PLiP Methode geschult (1-tägig). **ABER:** tatsächliche Anwendung in der Praxis unklar
- Interventionsinhalte der BerTA Studie (PLiP, TeleTAnDem) sind in den frei zugänglichen **AOK Familiencoach Pflege** (<https://pflege.aok.de>) eingeflossen (inhaltliche Entwicklung: Prof. Dr. G. Wilz, Dr. K. Pfeiffer, Prof. Dr. S. Zank)

05

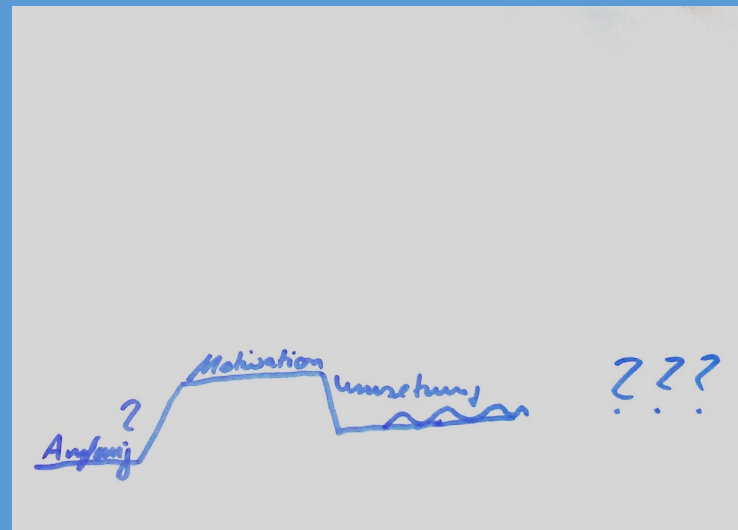
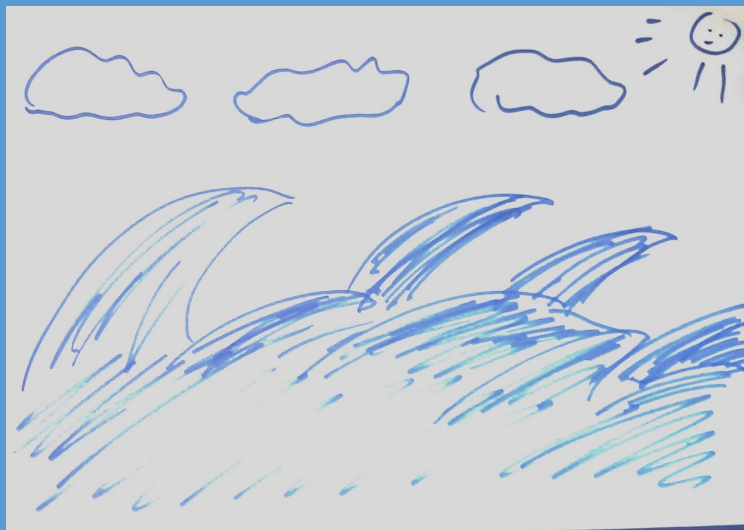
Fazit

- **Zielgruppenadäquate Beratungsmethodik**
(Wieviel Komplexität ist den PflegeberaterInnen vor dem Hintergrund ihrer Qualifikation und den gegebenen Rahmenbedingungen möglich?)
- **Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven** → KoPlan Studie (2022-2025, GKV)
(pflegebedürftige Person, Hauptpflegeperson, ggf. weitere Zugehörige)
- **Ressourcengewichtung in der Beratung**
(Gewichtung nicht einseitig auf Assessments und Dokumentation! Beratungsprozess und die Begleitung bei der Umsetzung von Lösungen sind mindestens gleichermaßen wichtig)
- **Umsetzung manualisierter Methodik**
(eine gute Balance zwischen situationsadäquater Anpassung und Manualtreue erfordert Übung)

- **Qualifikation der BeraterInnen**
(Praxisnahes und begleitetes Einüben von methodischem Vorgehen in der Beratung)
- **Flexible Supervisionsgebote für PflegeberaterInnen**
(Beratungskompetenz und –methodik, Umgang mit schwierigen Beratungssituationen, Psychohygiene, ggf. auch Arbeitsplatzkonflikte)
- **Möglichkeit der längerfristigen Begleitung durch eine feste Bezugsperson bzw. BeraterIn**
(z.B. bei dynamischen Krankheitsverläufen, die häufige Anpassungen von Versorgungsroutinen erfordern)
- **Bessere Verknüpfung von Beratungsangeboten sowie Austausch von professionellen Akteuren**
(z.B. Fallkonferenzen bei komplexen Problemlagen)

Kontakt: klaus.pfeiffer@rbk.de

„Beratung wird zudem nicht als paternalistischer Prozess verstanden, sondern als Aushandeln der für den vorliegenden Fall bestmöglichen Versorgungs- oder Handlungsoptionen. Die Ratsuchenden schätzen die Fachexpertise der Berater/-innen, möchten selbst aber auch als Expert/-in für ihre Situation anerkannt werden. Dies bedeutet, dass die Beratung non-direktiv ausgerichtet sein soll und die Selbstbestimmungsrechte des Ratsuchenden anerkannt und gestärkt werden.
(Englert & Büscher, Pflegewissenschaft 2018, S. 120)



PLiP Methode und Coaching aus Sicht von PflegeberaterInnen